Información de Emergencia y Registro de las Vacunas

Nombre del niño/a: _____ Fecha de Inscripción: _____ Actualizado: _____

Dirección: _____ Fecha de salida: _____

Ciudad y Estado: _____ Código Postal _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Madre o Tutor:

Nombre: _____

Dirección (casa): _____

Teléfono: _____ Cell Ph: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección (trabajo): _____

Teléfono (trabajo): _____

Firma: _____

Padre o Tutor:

Nombre: _____

Dirección (casa): _____

Teléfono: _____ Cell Ph: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección (trabajo): _____

Teléfono (trabajo): _____

Firma: _____

Si se necesitan cuidados médicos, llame al:

MEDICO: _____
Nombre Dirección Teléfono

HOSPITAL: _____
Nombre Dirección Teléfono

En el caso de una herida o una enfermedad repentina, se le llamará primero a, _____. Por la presente doy autorización a cualquier hospital o medico para que proporcione ayuda médica inmediata tal como se requiera en el momento. Entiendo que los gastos de los servicios proporcionados los pagaré yo.

En el caso de una emergencia, o si no es posible ponerse en contacto conmigo para recoger a mi hijo, las siguientes personas tienen autorización para recoger a mi hijo:

Nombre: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Cell Ph: _____ Teléfono: _____ Cell Ph: _____

Nombre: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Cell Ph: _____ Teléfono: _____ Cell Ph: _____

Las personas siguientes **no** tienen autorización para recoger a mi hijo de la guardería:

Nombre: _____ Nombre: _____

Los documentos de custodia han sido proveidos y se encuentran en el archivo. ? si ? no

La información anterior sobre la matriculación y las emergencias las proporcionó:

Padre, Madre o Tutor: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Información de Vacunas

Edad	Dosis de vacunas requeridas por edad					
	DtaP	Polio	Hib	Hepatitis B	Hepatitis A	MMR
<2 meses				#1		
2 – 3 meses	#1	#1	#1			
4 – 5 meses	#2	#2	#2	#2		
6 – 11 meses	#3		#2 - #3 ¹			
12 – 14 meses		#3	#1 - #4 ²	#3		#1
15 – 59 meses	#4					
24 – 71 meses					#1 - #2 ³	
Edad Escolar	#4 or #5 ⁴	#3 or #4 ⁵		3	2	

¹ Hib si le dieron Pedvax or Comvax

⁴ 4 dosis se requiere si la 3^{ra} dosis fue dada despues del 4th cumpleaños

² por lo menos 1 Hib despues de 12 meses de edad

⁵ 3 dosis se requiere si la 3^{ra} dosis fue dada despues del 4th cumpleaños

³ Maricopa County solamente

Marque uno

	Copia del registro oficial de vacunas al corriente anexo
	Forma de Exempcion por creencia religiosa firmada por el padre/tutor anexa
	Forma de Exempcion medica firmada por un doctor y por el padre/tutor anexa
	Prueba de laboratorio firmada por inmunidad anexa

Notificación de vacunas necesarias enviada al Padre(s) o Tutor:

___/___/___
Mes/Dia/Año

___/___/___
Mes/Dia/Año

___/___/___
Mes/Dia/Año

Nuevas vacunas recibidas anexas

___/___/___
Mes/Dia/Año

___/___/___
Mes/Dia/Año

___/___/___
Mes/Dia/Año

Información Médica

Tiene su hijo alergia a alguna comida u otras sustancias? (Si es así, escriba el nombre de la comida o de la sustancia que se debe evitar y lo que se debe hacer si ocurre una reacción.) _____

Es su hijo propenso a las infecciones? Si es así, qué precauciones se deben tomar? _____

Es su hijo propenso a las convulsions? Si es así, qué se debe hacer si ocurre una? _____

Existe alguna condition física de que debemos estar informados, (problemas del corazón, problemas de los pies, problemas del oído, una hernia, etc.)? Qué precauciones se deben tomar? _____

Comentarios adicionales: _____

Otras instrucciones especiales: _____